

bệnh lý túi mật được PTNC cắt túi mật cấp cứu (25/248 BN), 88,0% viêm túi mật do sỏi, 12,0% viêm túi mật không do sỏi.

+ PTNS thành công 76,0%, chuyển mổ mở 24,0%.

+ Nguyên nhân chuyển mổ mở chủ yếu do chảy máu không cầm được qua NS 2/6 BN (33,3%), tổn thương OMC 16,6%, phù nề, apxe, hoại tử gây biến dạng giải phẫu 3/6 BN(50,0%).

+Thời gian mổ TB: Thời gian mổ TB= 68,4± 22,6 (từ 28-125).

Thời gian hậu phẫu TB: 5,02±2,36 (từ 2-35 ngày).

+ Không có BN tử vong, biến chứng chủ yếu là nhiễm trùng hay chảy máu chân trocar 6/25 BN (24%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Hoàng Bắc, Lê Quan Tuấn Anh:** Chụp đường mật trong cắt túi mật nội soi.Hội nghị phẫu thuật nội soi và nội soi toàn quốc (2006);61-62.
2. **Lê Quan Tuấn Anh, Nguyễn Hoàng Bắc:** Các dạng động mạch túi mật khảo sát qua cắt túi mật nội soi.Hội nghị phẫu thuật nội soi và nội soi toàn quốc (2006);63-64.
3. **Nguyễn Ngọc Bích và CS:** Những nhận xét về

phẫu thuật cắt túi mật nội soi tại BV Bạch mai.Hội nghị phẫu thuật nội soi và nội soi toàn quốc (2006); 53-54.

4. **Nguyễn Văn Hải** (2018):Viêm túi mật cấp.Cấp cứu ngoại tiêu hóa.NXB Thanh niên:91-101
5. **Từ Đức Hiền và CS:** Phẫu thuật nội soi cắt túi mật trên bệnh nhân có đường mổ cũ.Hội nghị phẫu thuật nội soi và nội soi toàn quốc (2006);34-35
- 6.. **Thái Nguyên Hưng, Hà Văn Quyết, Nguyễn Văn Huy** (2009): Những thay đổi giải phẫu đường mật trong gan ứng dụng trong nội soi đường mật. Y học thực hành 7, tr93-94.
7. **Thái Nguyên Hưng:** Nghiên cứu ứng dụng nội soi đường mật bằng ống soi mềm kết hợp với tán sỏi điện thủy lực trong mổ mở để chẩn đoán và điều trị sỏi đường mật. Luận văn tiến sỹ Y học. (2009)
8. **Đào Tuấn, Phan Ngọc Chúc:** Kết quả cắt túi mật nội soi tại BV Saint Paul Hà nội.Hội nghị phẫu thuật nội soi và nội soi toàn quốc (2006);67-68.
9. **Nguyễn Tuấn, Phan Thanh Nguyên:** Kết quả cắt túi mật nội soi trong viêm túi mật cấp do sỏi.Hội nghị phẫu thuật nội soi và nội soi toàn quốc (2006);54-55.
10. **Bray Madoue Kaimba, Youssef Mahamat et Seid Dounia Akouya:** Cholecystectomy pour cholecystite aigue lithiasique: à propos de 22 cas à l'hospital de la renaissance de NDjamena.The Pan African Medical Journal 2015;21:311.

MỘT SỐ KẾT QUẢ SỚM TẠO HÌNH KHUYẾT HỔNG XƯƠNG HÀM TRÊN BẰNG NỆP TITAN, VẬT XƯƠNG BẢ, VẬT LIỆU Y SINH PEEK (POLYETHER ETHER KETONE) TRONG PHẪU THUẬT U CÓ CẮT XƯƠNG HÀM TRÊN

Trịnh Hùng Mạnh¹, Nguyễn Tiên Hùng¹,
Hoàng Văn Nhạ¹, Nguyễn Việt Chiến¹ và CS

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và đánh giá kết quả phẫu thuật sớm tạo hình khuyết hổng xương hàm trên bằng lưới titan, vật xương bả, vật liệu y sinh PEEK (Polyether Ether Ketone) trong phẫu thuật u có cắt đoạn xương hàm trên. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu, mô tả cắt ngang. Thực hiện ở 29 bệnh nhân (BN) tại khoa ngoại Tai Mũi Họng Bệnh Viện K, trong thời gian từ tháng 11 năm 2020 đến tháng 11 năm 2022. Ghi nhận các thông tin về tuổi và giới của BN cùng những đặc điểm về khối u: vị trí, kích thước, giai đoạn lâm sàng, cách thức phẫu thuật. Phân typ mô bệnh học (MBH), độ mô học, giai đoạn TNM theo Ủy ban liên

hợp của Hoa Kỳ về ung thư, phiên bản thứ 9, năm 2021. Đánh giá tình trạng sống của vật sau phẫu thuật, tình trạng vết mổ và khớp cắn. **Kết quả và kết luận:** Khuyết hổng XHT hay gặp ở người tuổi trung bình: 53 ± 0,13 tuổi; Tỷ lệ Nam/Nữ= 1,23, gặp ở những người có thói quen uống rượu (72,4%), hút thuốc lá (51,7%). Vị trí của khuyết XHT hay gặp: vùng III (48,7%), vùng II (20,7%), khuyết XHT và sàn ổ mắt (17,2%), khuyết XHT và gò má cung tiếp (10,4%). Về mô bệnh học chủ yếu gặp SCC 51,8%, sarcom 24,1%. Phương pháp tạo hình chủ yếu là: vật trực mạch, vật xương bả chiếm tỉ lệ cao nhất (51,7%); Lưới titan (44,8 %); Implant PEEK (3,5%). Theo dõi kết quả sớm khi ra viện vật tạo hình vật sống hoàn toàn (93,3%), vật bị hoại tử < 1/3 (0%), vật hoại tử hoàn toàn (6,7%). Về tình trạng vết mổ khô, liền tốt (89,7%), phải chăm sóc do rò nước bọt(10,3%). Tỷ lệ khớp cắn đúng khi ra viện (82,8%), khớp cắn sai lệch ít (17,2%).

Từ khóa: Khuyết xương hàm trên, tạo hình khuyết xương hàm trên

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Hùng Mạnh

Email: manhrhm@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023

SUMMARY**PRIMARY MANDIBULAR RECONSTRUCTION WITH THE TITANIUM HOLLOW SCREW RECONSTRUCTION PLATE AND PEEK (POLYETHER ETHER KETONE)**

Objective: To determine the clinical, pathological of tumor and evaluate the results of treatment by surgery Primary maxillectomy defect Reconstruction with the Titanium Plate, scapula flap and PEEK (Polyether Ether Ketone) in maxillectomy defects.

Patients and Methods: A Prospective cross-sectional descriptive study, performed on 29 patients with tumor whom were diagnosed and treated at The Otolaryngology Department of K Hospital from October 2020 to October 2022. Data Collected of patients including ages and gender as well as characteristics of tumors such as location, size, clinical stages and surgical methods. The histological classification were types, grades, TNM stages according to the American Joint Committee on Cancer (AJCC), 9th Edition (2021). About the Flaps status were evaluated post operative and follow-up theocclusion and immediate stability of the reconstructions. **Results and Conclusions:** maxillectomy defects is frequent in old age patients with an average of 53 ± 0,13 years old. The ratio of male / female is 1,23, bad habits such as alcohol (72,4%), smokes (51,7%), maxillectomy defects mainly located on: ablation class III (48,7%), class III (20,7%), class II+subclass f (17,2 %), class III+subclass z (10,4 %). Pathological mainly of squamous cell of oral cavity 51,8%, sarcom 24,1%. The surgical methods are mainly used with wide resection and reconstruction the defects with Titan Plate + perforator flaps and scapular flaps (51,7%); TitanPlate (44,8 %); Implant PEEK (3,5%). About the Flaps status were evaluated post operative: good (89,7%), flap necrosis < 1/3 (0%), totalflap necrosis (6,7%), Incision status, good (93,3%), failure (10,3%). The follow up patient shows preserved occlusion (87,2%), little malocclusion (17,2%).

Keywords: maxillectomy defect; maxillectomy defect reconstruction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khuyết hổng xương vùng hàm mặt là một tổn thương gặp ở mọi lứa tuổi, mọi giới do nhiều nguyên nhân khác nhau. Khuyết hổng lớn có thể do u, nang xương hàm, di chứng chiến tranh, tai nạn giao thông, đặc biệt là ung thư. Những khuyết hổng xương này ảnh hưởng nhiều đến chức năng và thẩm mỹ. Khuôn mặt là đặc điểm của riêng mỗi người, là nơi biểu lộ cảm xúc. Bệnh nhân biến dạng mặt do khuyết hổng xương hàm thường khủng hoảng tâm lý gây trở ngại trong giao tiếp và hoà nhập cộng đồng. Việc điều trị là rất cần thiết nhằm hồi phục chức năng, thẩm mỹ, giúp người bệnh tái hoà nhập cộng đồng dễ dàng hơn.

Cắt xương hàm trên và tái tạo bằng ghép xương là phương pháp phẫu thuật được áp dụng

cho các khối u có kích thước lớn. Nếu u xâm lấn phần mềm thì cần phải cắt rộng để ngăn ngừa sự phát triển u ở phần mềm, xâm lấn vào các cấu trúc lân cận, [6], [3]. Một số trường hợp BN lớn tuổi, không chịu được cuộc mổ kéo dài, cần đặt nẹp, lưới tái tạo giữ khoảng và tạo hình giống xương hàm [4]. Khi BN có đủ điều kiện cần thiết, có thể tiến hành ghép xương, tạo hình lại phần xương hàm thiếu hổng.

Tạo hình bằng Vật xương bả sử dụng để tạo hình khuyết hổng xương hàm trên đã được áp dụng và báo cáo của các tác giả Mara C M. và cộng sự đạt tỷ lệ thành công 10%[3]. Tuy nhiên việc triển khai kỹ thuật vi phẫu với số lượng nhiều bệnh nhân nhất là với bệnh nhân ung thư sẽ gặp những khó khăn về thời gian phẫu thuật đòi hỏi nhân lực và trang thiết bị.

Vật liệu y sinh PEEK và công nghệ 3D Với tính phù hợp sinh học, tính cơ học như xương đặc, không cản quang, chịu được liều tia gamma ở liều đến 40 KGy. Chi phí hợp lý và quy trình sản xuất đơn giản mang lại cơ hội tạo hình khuyết xương hàm cho bệnh nhân ung thư.

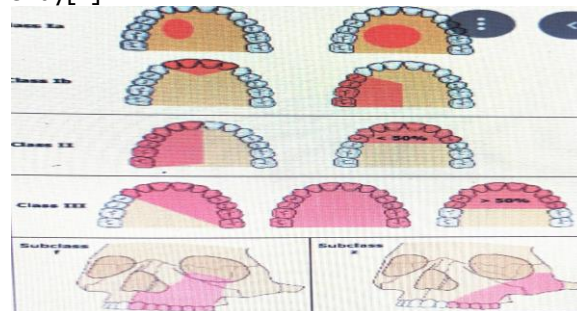
Chính vì lý do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá kết quả sớm tạo hình khuyết hổng xương hàm trên bằng, lưới titan, vật xương bả, vật liệu y sinh PEEK (Polyether Ether Ketone) in bằng công nghệ 3D trong phẫu thuật ung thư có cắt xương hàm trên (K lợi hàm, k xoang hàm, sarcom,...) tại khoa Ngoại Tai Mũi Họng Bệnh viện K năm 2022".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 29 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật cắt u có cắt xương hàm trên (XHT) và tạo hình tại Khoa Ngoại Tai Mũi Họng, Bệnh viện K, trong thời gian từ tháng 11 năm 2020 đến tháng 11 năm 2022

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả cắt ngang.

- Trong nghiên cứu chúng tôi sử dụng phân loại khuyết xương hàm trên theo phân loại của Okay[4].



- Ghi nhận đầy đủ các thông tin về tuổi và giới của BN cùng những đặc điểm về khối u: vị trí, kích thước, giai đoạn lâm sàng, cách thức phẫu thuật.

- Bệnh phẩm sau phẫu thuật được cố định, xử lý, cắt, nhuộm theo phương pháp thường quy. Phân type mô bệnh học (MBH), độ mô học, nhuộm hóa mô miễn dịch, giai đoạn TNM theo Ủy ban liên hợp của Hoa Kỳ (American Joint Committee on Cancer -AJCC), phiên bản thứ 9, năm 2021.

- Đánh giá kết quả điều trị sau phẫu thuật bằng cách đánh giá trực tiếp trạng thái của vật, tình trạng khớp cắn, tình trạng nơi cho vật phát hiện dấu hiệu lâm sàng trước khi ra viện và định kỳ 3 tháng một lần. BN được theo dõi trung bình 12,8 tháng, theo dõi lâu nhất là 23,2 tháng, gần nhất là 1 tháng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 29 trường hợp khuyết hồng XHT tại khoa ngoại Tai Mũi Họng Bệnh Viện K TƯ, trong thời gian từ tháng 11 năm 2020 đến tháng 11 năm 2022, chúng tôi thu được kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm về tuổi, giới và các yếu tố nguy cơ

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo giới tính (n=29)

Giới tính	Số BN	Tỉ lệ %
Nam	16	55,2%
Nữ	13	44,8%
Tổng	29	100,0%

Nhận xét: Trong số 29 BN trong NC có 16 Nam, chiếm 55,2% và 13 Nữ, chiếm 44,8 %. Tỷ lệ Nam / Nữ = 1,23. Tuy nhiên tỷ lệ chênh này không có ý nghĩa thống kê (p= 0,87).

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi (n=29)

Nhóm tuổi	Số BN	Tỉ lệ %
≤ 40	9	31,0
40 – 60	13	44,9
>60	7	24,1
Tổng cộng	29	100,0

Nhận xét: BN ít tuổi nhất là 23 tuổi, nhiều tuổi nhất là 70 tuổi, trung bình: 53 ± 0,13 tuổi; hầu hết ở tuổi 40-60 (44,9%). (p < 0,05)

Bảng 3. Phân bố bệnh nhân theo yếu tố nguy cơ (n=29)

Yếu tố nguy cơ	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Rượu	21	72,4
Thuốc lá	15	51,7
Không	8	27,6
Tổng	29	100,0

Nhận xét: Hầu hết các BN trong nhóm NC là những người có thói quen uống rượu(72,4%), hút thuốc lá (51,7%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng trước khi phẫu thuật

3.2.1. Phân bố UTD theo type mô bệnh học

Bảng 4. Phân bố bệnh UTD theo type mô bệnh học(n=29)

Kết quả vi thể	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
UTBMTB vảy	15	51,8
Sarcom	7	24,1
UT tuyến	2	6,9
U men, u xơ	5	17,2
Tổng	29	100,0

Nhận xét: Trong số 29 trường hợp, gặp 15 UTBMTBV, chiếm 51,8 %, Sarcom 24,1% , các trường hợp u men, u xơ chiếm 17,2%

3.2.2. Vị trí tổn khuyết xương hàm trên

Bảng 5. Phân bố theo vị trí tổn thương (n=29)

Vị trí tổn thương	Số tổn thương	Tỉ lệ %
Vùng I	0	0
Vùng II	6	20,7
Vùng III	15	51,7
Vùng III, f	5	17,2
Vùng III, z	3	10,4
Tổng	29	100,0%

Nhận xét: Khuyết XHT vùng III chiếm tỉ lệ cao nhất (48,7%), tiếp đến là khuyết vùng II (20,7%), các vị trí khuyết XHT và sàn ổ mắt (17,2%), và khuyết XHT và gò má cung tiếp (10,4%)

3.3. Đánh giá kết quả phẫu thuật

3.3.1. Phương pháp phẫu thuật tạo hình

Bảng 6. Phân bố theo phương pháp phẫu thuật tạo hình(n=29)

Phương pháp phẫu thuật	Kết quả tốt	Kết quả kém	Tỉ lệ %
Lưới titan	13	0	44,8
Lưới titan + vật thái dương	6	0	20,7
Vật xương bả	9	1	31,0
PEEK Implant	1	0	3,5
Tổng cộng	29	1	100,0
	(100%)	(96,6%)	(3,4%)

Nhận xét: vật trực mạch, vật tự do để tạo hình che khuyết tổ chức sau cắt bỏ khối u chiếm tỉ lệ cao nhất (51,7%); đứng hàng thứ 2 là lưới titan đơn thuần (44,8%); Implant PEEK chiếm tỉ lệ (3,5%).

3.3.2. Kích thước khuyết hồng

Bảng 7. Phân bố theo kích thước khuyết

hồng (Đường kính lớn nhất) (n=29)

Kích thước UTD	Số BN	Kết quả tốt	Kết quả kém	Tỉ lệ %
< 6cm	4	4	0	13,8
6-9 cm	8	8	0	27,6
> 9 cm	17	16	1	58,6
Tổng	29	28	1	100,0
	(100%)	(96,6%)	(3,4%)	

Nhận xét: Hơn một nửa số TH trong nghiên cứu này có kích thước khuyết hồng > 6cm (86,2%), có tới (58,6 %) số TH với kích thước > 9 cm; từ 6 đến 9 cm chiếm (27,6%), có 4 TH chiếm (13,8%). Có 1 TH chiếm 3,4% các trường hợp tai biến hoại tử vạt. (p < 0,05).

3.3.3. Sức sống của vạt**Bảng 8. Kết quả sống của vạt (n=15)**

Sức sống của vạt	Số lượng	Tỉ lệ %
Sống hoàn toàn	14	93,3
Hoại tử < 1/3 vạt	0	0
Hoại tử vạt	1	6,7
Tổng cộng	15	100,0

Nhận xét: Kết quả sau khi phẫu thuật tạo hình vạt tạo hình sống hoàn toàn chiếm tỉ lệ cao (93,3%), chỉ có 1TH hoại tử hoàn toàn (6,7%). (p < 0,05)

3.3.4. Đánh giá vết mổ, khớp cắn**Bảng 9: Tình trạng vết mổ, khớp cắn của bệnh nhân (n=29)**

Tình trạng ra viện		Số lượng (n=29)	Tỷ lệ % (100%)
Vết mổ	Khô, liền tốt	26	89,7
	Rò nước bọt	3	10,3
Khớp cắn	Đúng	24	82,8
	Sai ít	5	17,2
	Sai nhiều	0	0

Nhận xét: - Có 89,7% bệnh nhân khi ra viện có tình trạng vết mổ khô, liền tốt, có 3TH (10,3%) BN phải chăm sóc do rò nước bọt.

- Có 24TH (82,8%) bệnh nhân có khớp cắn đúng khi ra viện. Có 5 TH (17,2%) BN khớp cắn sai lệch ít.

IV. BÀN LUẬN

- Về giới và tuổi: Trong số 29 BN trong NC có 16 Nam, chiếm 55,2% và 13 Nữ, chiếm 44,8%. Tỷ lệ Nam/Nữ = 1,23. Tuy nhiên tỷ lệ chênh này không có ý nghĩa thống kê (p= 0,87). BN ít tuổi nhất là 23 tuổi, nhiều tuổi nhất là 70 tuổi, trung bình: 53 ± 0,13 tuổi; hầu hết ở tuổi 40-60 (44,9%). (p < 0,05), Tuổi trung bình nhóm BN Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả cao với NC của Mara và cộng sự (2017), tuổi trung bình 43 tuổi từ 19 đến 66.

- Về các yếu tố nguy cơ: Hầu hết các BN

trong nhóm NC là những người có thói quen uống rượu (72,4%), hút thuốc lá (51,7%).

- Về mô bệnh học: Trong số 29 trường hợp, gặp 15 UTBMTBV, chiếm 51,8%, Sarcom 24,1%, các trường hợp u men, u xơ chiếm 17,2%. Kết quả này thấp hơn với NC của Majeed Rana (2011) khi NC 178 TH có 90% SCC.

- Về vị trí của khuyết XHT: Chúng tôi sử dụng phân loại của Okay và cộng sự [6], Khuyết XHT vùng III chiếm tỉ lệ cao nhất (48,7%), tiếp đến là khuyết vùng II (20,7%), các vị trí khuyết XHT và sần ổ mắt (17,2%), và khuyết XHT và gò má cung tiếp (10,4%). Tỷ lệ gặp khuyết hồng sau cắt u của chúng tôi cũng tương đồng với tác giả Theo Mara có 55% cắt toàn bộ XHT, và 44% cắt bán phần XHT sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ.

- Về kích thước của khuyết hồng và mức độ xâm lấn: Hơn một nửa số TH trong nghiên cứu này có kích thước khuyết hồng > 6cm (86,2%), có tới (58,6 %) số TH với kích thước > 9 cm; từ 6 đến 9 cm chiếm (27,6%), có 4 TH chiếm (13,8%). Có 1 TH chiếm 3,4% các trường hợp tai biến hoại tử vạt. (p < 0,05). Những tổn thương có kích thước < 6 cm thì khả năng tạo hình bằng nẹp lưới titan và các vạt để phủ khuyết hồng dễ thực hiện hơn so với khối u có kích thước lớn hơn. Phẫu thuật tạo hình bao gồm tạo hình che phủ và tạo hình độn, khi thiếu hụt nhiều tổ chức gây rò nước bọt, không liền vết thương. Vạt xương bả, vật liệu PEEK in 3D tái tạo xương hàm có tính ưu việt vượt trội hơn so với các phương pháp khác do khoảng xương hàm bị cắt có hình dạng khá tương đồng với góc xương bả, khuyết hồng được tạo hình độn đầy đủ kích thước. Hình dạng góc của xương bả tương đồng với đường nét của khuôn mặt. Mặc dù chỉ có 1 trường hợp PEEK được thực hiện nhưng có tính ưu việt đáng kể là thời gian phẫu thuật ngắn, quá trình liền thương tốt.

- Về phương pháp tạo hình vạt trực mạch, vạt tự do để tạo hình che khuyết tổ chức sau cắt bỏ khối u chiếm tỉ lệ cao nhất (51,7%); đứng hàng thứ 2 là lưới titan đơn thuần (44,8 %); Implant PEEK chiếm tỉ lệ (3,5%).

- Về kết quả tạo hình: - về khả năng sống của vạt: Kết quả sau khi phẫu thuật tạo hình vạt tạo hình sống hoàn toàn chiếm tỉ lệ cao (93,3%), chỉ có 1TH hoại tử hoàn toàn (6,7%). Tỷ lệ này thấp hơn James S.Brown (2010) là vạt sống hoàn toàn 100%. Có 1 TH vạt hoại tử hoàn toàn do tắc mạch, các trường hợp khác vạt sống tốt có thể do đặc điểm vạt qua tổ chức xương tốc độ dòng chảy bị ảnh hưởng hồi lưu chậm hơn so với

vạt da cơ.

Về tình trạng vết mổ: Có 89,7% bệnh nhân khi ra viện có tình trạng vết mổ khô, liền tốt, có 3TH (10,3%) BN phải chăm sóc do rò nước bọt.

Về tình trạng khớp cắn: Có 24TH (82,8%) bệnh nhân có khớp cắn đúng khi ra viện. Có 5 TH (17,2%) BN khớp cắn sai lệch ít

V. KẾT LUẬN

- Về giới và tuổi: Tỷ lệ Nam 55,2% và Nữ 44,8%. Tỷ lệ Nam / Nữ = 1,23. Tuổi trung bình: $53 \pm 0,13$ tuổi; Nhóm 40-60 chiếm 44,9%

- Về các yếu tố nguy cơ: uống rượu (72,4%), hút thuốc lá (51,7%).

- Về mô bệnh học: SCC 51,8%, Sarcom 24,1%, u men, u xơ 17,2%.

- Về vị trí của khuyết XHT: vùng III (48,7%), vùng II (20,7%), khuyết XHT và sần ổ mắt (17,2%), khuyết XHT và gò má cung tiếp (10,4%).

- Về kích thước của khuyết hồng và mức độ xâm lấn: kích thước khuyết hồng > 6cm (86,2%), kích thước > 9 cm (58,6%); từ 6 đến 9 cm (27,6%),

- Về phương pháp tạo hình vạt trực mạch, vạt tự do (51,7%); lưới titan (44,8%); Implant PEEK chiếm tỉ lệ (3,5%).

- Về kết quả tạo hình: - về khả năng sống của vạt: vạt tạo hình sống hoàn toàn (93,3%), vạt hoại tử hoàn toàn (6,7%).

Về tình trạng vết mổ: Có 89,7% bệnh nhân khi ra viện có tình trạng vết mổ khô, liền tốt, có 3TH (10,3%) BN phải chăm sóc do rò nước bọt.

Về tình trạng khớp cắn: Có 24TH (82,8%) bệnh nhân có khớp cắn đúng khi ra viện. Có 5 TH (17,2%) BN khớp cắn sai lệch ít

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Huy Phan (1999), "Kỹ thuật Vi phẫu Mạch máu - Thần Kinh", Thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng. Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật, p. 23-29, 131-290.
2. Mara C Modest¹, Eric J Moore¹, Kathryn M Van Abel¹, et al. Scapular flap for maxillectomy defect reconstruction and preliminary results using three-dimensional modeling PMID: 27730644. DOI: 10.1002/lary.26351
3. Fu K. Liu Y. Gao N. et al. Reconstruction of maxillary and Orbital Floor Defect With Free Flap and Whole Individualized Titanium Mesh Assisted by Computer Techniques J Oral Maxillofac Surg. 2017;75 (1791.e1-1791.e9)
4. Brown JS, Rogers SN, McNally DN, Boyle M. A modified classification for the maxillectomy defects. Head Neck 2000; 22:17-26.
5. Cordeiro PG, Santamaria E. A classification system and algorithm for reconstruction of maxillectomy and midfacial defects. Plastic Reconstr Surg 2000; 105:2331-2346, discussion: 2347-8.
6. Okay DJ, Genden E, Buchbinder D, Urken M. Prosthetic Guidelines for surgical reconstruction of the maxilla: a classification system of defects. J Prosthet Dent 2001; 86:352-63.
7. Bidra AS, Jacob RF, Taylor TD. Classification of maxillectomy defects: a systemic review and criteria necessary for a universal description. J Prosthet Dent 2012; 107:261-70.
8. Alwadeai MS, Al-Aroomv LA, et al. Aesthetic reconstruction of onco-surgical maxillary defects using free scapular flap with and without CAD/CAM customized osteotomy guide. Surg. 2022 Oct 19;22(1):362. doi: 10.1186/s12893-022-01811-9

NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG MÒN RĂNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở SINH VIÊN RĂNG HÀM MẶT, TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Lê Nguyên Lâm¹, Nguyễn Thanh Thủy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu tình trạng mòn răng và tìm hiểu về một số yếu tố liên quan đến mòn răng trên sinh viên Răng Hàm Mặt trong độ tuổi từ 18 đến 25.
Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp cắt ngang mô tả. Mức độ mòn răng được một người đánh giá trực tiếp trên lâm sàng theo Chỉ số mòn răng Tooth

Wear Index (TWI) của Smith và Knight (1984), các yếu tố khớp cắn do hai điều tra viên khác đánh giá.
Kết quả: Tỷ lệ mòn răng trong nghiên cứu: 98,1%. Tỷ lệ răng bị mòn cổ là 68,6%, mòn mặt nhai/cạnh cắn là 98,1%, mòn mặt ngoài là 23,3%, mòn mặt trong là 32,9%. Mức độ mòn răng trung bình là $0,29 \pm 0,09$. Tuổi, trọt nướu và độ nhô mũi cao là các yếu tố có mối liên quan đối với tổn thương mòn vùng cổ răng. Nghiến răng, cắn sâu, độ nhô mũi thấp và trung bình có mối liên quan mòn mặt nhai. Cắn hở là yếu tố bảo vệ, làm chậm tiến trình mòn cạnh cắn. Yếu tố tuổi tăng có ý nghĩa với tăng mức độ mòn ở mặt ngoài.
Kết luận: Các yếu tố liên quan đến mòn răng theo tỉ lệ thuận như tuổi, trọt nướu, tình trạng khớp cắn.

Từ khóa: Mòn răng, mòn vùng cổ răng, trọt nướu.

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyên Lâm

Email: lenguyenlam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.2.2023

Ngày duyệt bài: 27.2.2023